

ANNÉE 1910 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

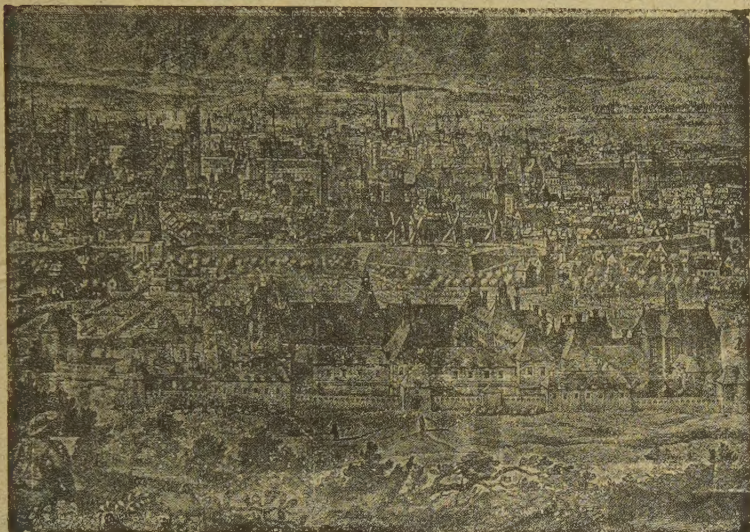
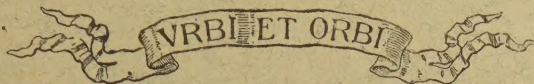
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH DORMOY

Né à Basse-Pointe (Martinique), le 3 avril 1880

16



L'HOSPITAL SAINT-LOUIS EN 1620

SPOROTRICHOSE MUSCULAIRE OSSEUSE ET VISCÉRALE

Président : M. ERNEST GAUCHER, professeur

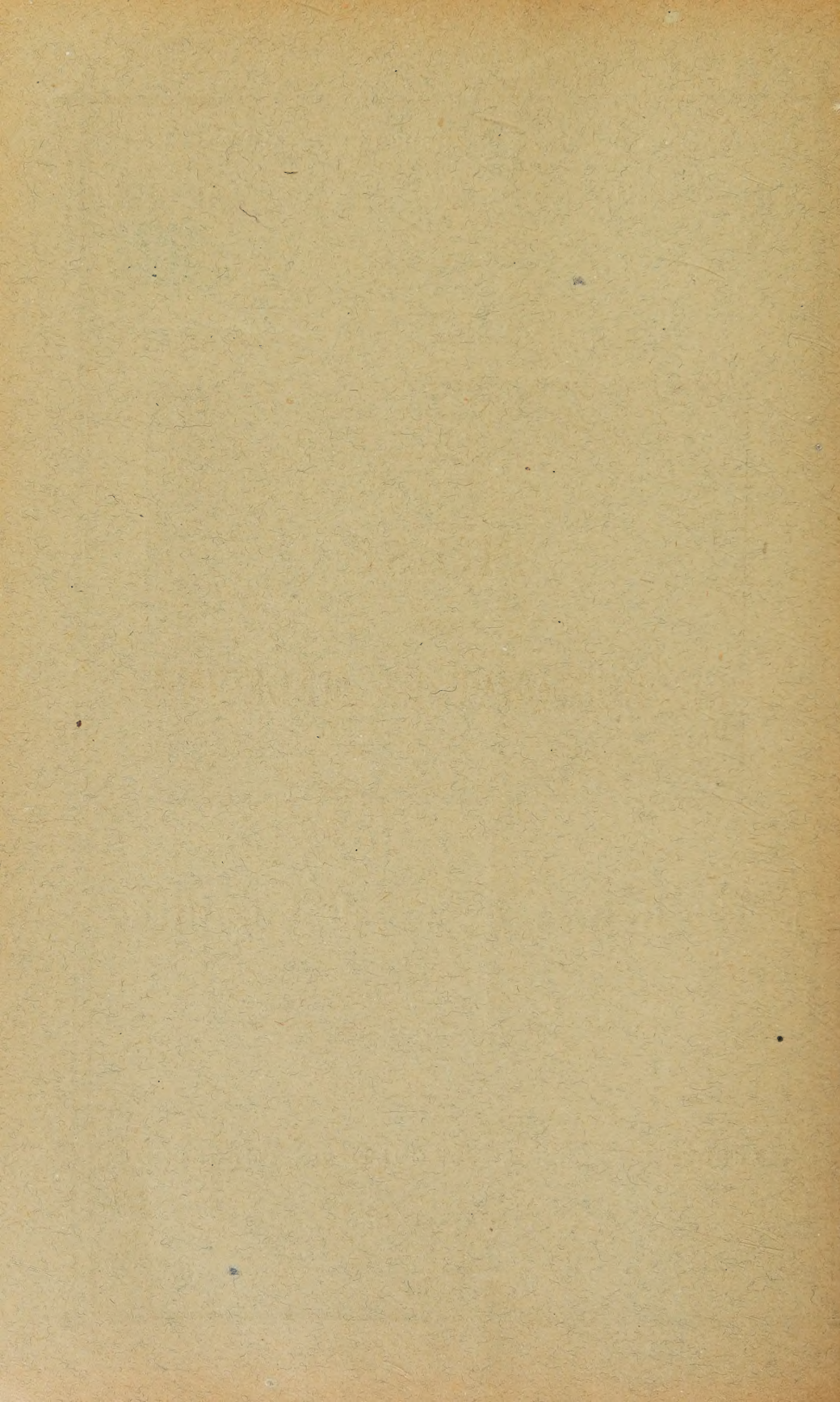
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1910



16

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

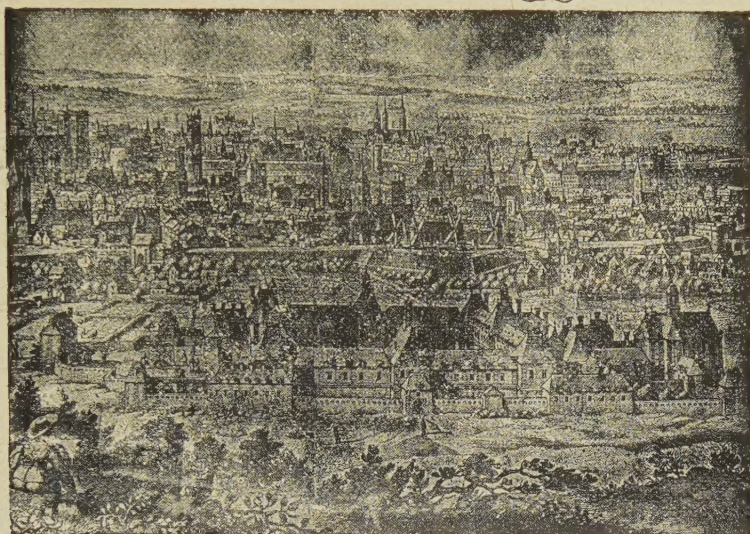
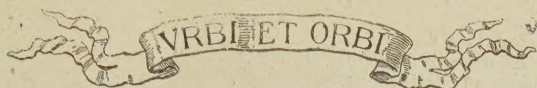
ANNÉE 1910 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH DORMOY

Né à Basse-Pointe (Martinique), le 3 avril 1880



L'HOSPITAL SAINT-LOUIS EN 1620

SPOROTRICHOSE MUSCULAIRE OSSEUSE ET VISCÉRALE

Président : M. ERNEST GAUCHER, professeur

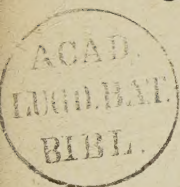
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1910



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHTER
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale.	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	RATHERY
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RETTERRER
BRANCA	GOUGEROT	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GREGOIRE	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUENIOT	MAILLARD	ROUVIERRE
BRUMPT	GUILLAIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JEANNIN	MULON	SICARD
CARNOT	JOUSSET (A.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LANGLOIS	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LECENE	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

Témoignage de piété filiale

A MA BELLE-MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES ONCLES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

*Hommage respectueux de ma
très grande reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR E. GAUCHER

INTRODUCTION

Le travail que nous soumettons à l'appréciation de nos juges traite d'un sujet de toute actualité et qui a été, en quelques années, l'objet de nombreux travaux.

Lasporotrichose a été longtemps méconnue et prise pour d'autres affections avec lesquelles elle présentait de très grandes analogies ; mais la multiplicité des faits a contribué à préciser, de plus en plus, les caractères cliniques des lésions et à la séparer tout spécialement de celles de la syphilis et de la tuberculose.

Une étude approfondie des lésions dermiques et hypodermiques ayant été faite, nous avons cru intéressant de réunir tous les cas de sporotrichose musculaire, osseuse et viscérale et de faire une étude clinique d'ensemble de ces localisations.

Après un historique assez bref de la question, nous exposerons dans un premier chapitre les conditions étiologiques et pathogéniques de ces trois formes.

Un deuxième chapitre fera l'objet de la symptoma-

tologie en insistant particulièrement sur les diverses variétés présentées par les lésions osseuses.

Dans un troisième chapitre nous étudierons le diagnostic différentiel avec les autres affections susceptibles de leur ressembler.

Nous terminerons enfin ce travail en exposant rapidement le pronostic et les divers modes de traitement de ces trois localisations.

Arrivé au terme de nos études, nous nous faisons un grand devoir de remercier nos maîtres dans les Hôpitaux.

Que MM. les professeurs Pinard, de Lapersonne, MM. les D^s Barié, Balzer, Maucclair, Bonnaire, veuillent bien agréer nos sentiments de reconnaissance pour les solides connaissances médicales et chirurgicales qu'ils ont essayé de nous donner.

Que M. le professeur Gaucher veuille bien accepter l'expression de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous remercions M. le professeur agrégé Morestin, chirurgien de l'hôpital Tenon, qui nous inculqua les premières notions de la bonne chirurgie et pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours fait dans son service. Nous le prions de croire à notre grande reconnaissance.

M. le D^r Sergent, médecin de l'hôpital Saint-Louis, voulut bien guider nos premiers pas en clinique médicale. Qu'il veuille bien accepter le témoignage de notre respectueux dévouement pour toutes les

marques de sympathie qu'il nous a toujours témoignées.

M. le D^r Enriquez, médecin de l'hôpital de la Pitié, nous a fait le grand honneur de nous inscrire au nombre de ses élèves. Nous garderons toujours un bon souvenir de ses causeries au lit du malade, si attrayantes et si fécondes en enseignements. Nous n'avons garde aussi d'oublier son inépuisable bienveillance dont il nous a donné tant de preuves, et le prions d'agréer l'hommage de notre bien respectueuse reconnaissance.

Nous rendons un hommage tout particulièrement reconnaissant à M. le D^r Trousseau, ophtalmologiste à la clinique des Quinze-Vingt, pour le grand intérêt qu'il nous a toujours porté et son extrême bienveillance à notre égard.

Nous tenons également à adresser nos sincères remerciements à M. le D^r R. Monier-Vinard qui a bien voulu, dans ce travail, faciliter notre tâche en mettant complaisamment à notre disposition son temps et ses lumières.

SPOROTRICHOSE MUSCULAIRE OSSEUSE & VISCÉRALE

HISTORIQUE

En parcourant les différents ouvrages parus sur la sporotrichose, nous constatons que c'est une maladie tout à fait récente et qui a été l'objet de nombreux travaux. Les premiers cas publiés appartiennent aux Américains Schœnk, Brayton, Hœkten et Perkins qui ont observé et décrit en 1898 la même forme « lymphangitique gommeuse » due au *Sporotrichum Schœnkii*.

En France, MM. de Beurmann et Ramond observèrent en 1903 le premier cas qu'ils diagnostiquèrent « abcès multiples d'origine mycosique ». Ces lésions avaient une allure spéciale et tout en présentant un certain nombre de caractères nouveaux, elles rappelaient par certains autres des affections déjà connues. L'incision des lésions ayant donné du pus, ils obtinrent par ensemencement sur gélose glycosée des colonies d'un champignon particulier que

MM. Matruchot et Ramond rattachèrent au groupe des hyphomycètes et dénommèrent *Sporotrichum Beurmanni*.

Ces premiers faits laissèrent croire un instant que l'affection se localisait exclusivement sur le système tégumentaire, mais les observations étant devenues de plus en plus nombreuses on constata des déterminations de plus en plus variées. C'est ainsi qu'à côté des localisations cutanées, les premières en date et celles qui constituent la forme de beaucoup la plus fréquente, nous trouvons des locations extracutanées, partant sur les muscles, les os et les viscères.

Le nombre de ces atteintes extratégumentaires est maintenant assez nombreux pour que l'on puisse en faire une étude d'ensemble, pour tâcher de saisir la caractéristique clinique générale de l'aspect de ces lésions et pour dégager ensuite les conditions générales de leur développement.

Nous allons donc passer sous silence la forme essentiellement cutanée pour nous occuper surtout de trois autres localisations plus rares, c'est-à-dire les formes musculaire, osseuse et viscérale.

La première manifestation de sporotrichose musculaire a été publiée par de Beurmann et Ramond en 1903, puis parut le cas de Brissaud et Rathery. Quelque temps après de Massary, Doury et Monier-Vinard ont observé un cas de sporotrichose comportant deux petits abcès sous-cutanés, un abcès du triceps brachial et une ostéite de l'astragale.

Hudelo, Monier-Vinard, Braïne et Merle ont étudié un cas de sporotrichose gommeuse disséminée avec une gomme du biceps brachial et un cas de gomme sporotrichosique du long supinateur. Enfin, Widal et Weill sur un malade porteur de plus de cent gommes hypodermiques notent quelques localisations musculaires.

L'individualisation des localisations osseuses suivit de très près celle des localisations musculaires.

Le 5 juin 1908 à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, Sicard, Bith et Gougerot, Brocq et Fage apportaient les deux premières observations démontrées de sporotrichose osseuse. A la même séance Brocq et Fage développaient l'observation d'une gomme sporotrichosique périostée, avec périostose du tibia affirmée par la culture.

Grâce à ces deux observations l'ostéite sporotrichosique était démontrée chez l'homme et alors s'ouvrait un nouveau chapitre de la sporotrichose humaine.

Des cas nouveaux ont été signalés : parmi les très nombreuses gommes qui couvraient leur malade, Widal et Weill signalèrent une gomme périostée de la partie supérieure du tibia. Gaucher, Lhouste, Abrami et Giroux chez un même malade porteur de nombreuses gommes hypodermiques disséminées signalèrent la présence d'une gomme périostique du tibia. En 1908 Letulle et Debré eurent l'occasion de faire l'autopsie d'une malade qui présentait une lésion du frontal. Une observation de Druelle et Chadzinski

rapportait un cas de sporotrichose cutanée avec localisation périostée à l'apophyse styloïde radiale gauche.

Nous arrivons après à la très remarquable observation de Josset-Moure relatant une ostéo-myélite sporotrichosique primitive du tibia.

D'autres nouveaux cas de sporotrichose osseuse humaine ont été publiés par Thibierge et Gastinel, par Bonnet, de Lyon, rapportant une fracture spontanée due à une lésion sporotrichosique, par Pierre Marie et Gougerot, par de Beurmann, Gougerot et Verne, par Lagoutte et Briau (du Creusot). A côté des lésions sporotrichosiques osseuses nous trouvons un cas très intéressant d'arthrite sporotrichosique rapporté par Moure. Jeanselme et Chevalier chez un de leurs malades porteur de lésions sporotrichosiques attirent l'attention sur une « tumeur blanche » qui aurait été vraisemblablement de même nature et aurait nécessité antérieurement une amputation de cuisse.

Quelques cas de lésions viscérales, quoique plus rares, ont été cependant signalés par certains auteurs.

Le malade de Monier-Vinard présentait une lésion testiculaire de nature sporotrichosique. Letulle et Debré décrivirent une pharyngo-laryngo-trachéite sporotrichosique avec parasite présent dans les frottis de la muqueuse, chez un même malade Lagoutte et Brian (du Creusot) signalèrent un abcès de l'épididyme, une conjonctivite et une kératite sporotrichosiques qui ont pour terminaison la fonte

purulente de l'œil. Jeanselme et Chevalier décrivirent une orchi-épididymite et un iritis de nature sporotrichosique.

Enfin, nous arrivons au cas très intéressant de Rochard et Bodolec qui ont décrit une pyélonéphrite sporotrichosique au cours de la grossesse.

Maintenant que nous avons donné un aperçu de l'historique de la question, nous allons dans un premier chapitre étudier l'étiologie et la pathogénie des trois formes musculaire, osseuse et viscérale de la sporotrichose. Un deuxième chapitre fera l'objet de la symptomatologie ; nous envisagerons ensuite rapidement l'anatomie pathologique des lésions. Nous terminerons enfin ce travail en disant quelques mots du diagnostic et du mode du traitement qu'il convient d'appliquer à ces divers cas.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

D'après les nombreux travaux publiés ces dernières années, nous pouvons considérer la sporotrichose comme une maladie infectieuse, spécifique, commune à l'homme et à certaines espèces animales. Cette mycose est caractérisée par des lésions inflammatoires chroniques et produite par un champignon filamenteux et sporulé de l'ordre des hyphomycètes dont les caractères cultureux sont actuellement bien établis.

Avant d'aborder l'étude étiologique et pathogénique des trois formes musculaire, osseuse et viscérale, voyons rapidement quelles sont les conditions étiologiques générales de la sporotrichose humaine touchant le sexe, l'âge, la profession, les saisons et les conditions pathologiques antérieures des sujets.

Au point de vue du sexe, nous remarquons que dans la très grande majorité des observations les sujets atteints étaient des hommes.

L'âge semble avoir un rôle plus important et en dépouillant les très nombreuses observations que nous possédons, nous constatons que la sporotrichose est une maladie particulièrement fréquente chez les

adultes et exceptionnelle dans la première moitié de l'existence. D'après une statistique faite par Monier-Vinard la moyenne de l'âge des sujets atteints se trouve entre quarante et cinquante ans.

Certains individus sont plus exposés que d'autres à s'infecter et la lecture des observations nous montre que la majorité des sujets infectés sont ceux qui se trouvent au contact des végétaux, des débris végétaux ou d'objets souillés par ces débris. Dans les seules observations que nous rapportons nous trouvons une marchande de légumes, un garçon de cuisine, une fleuriste, un chiffonnier, etc., toutes professions où l'on manie des produits végétaux.

Un autre facteur qui semble avoir une certaine importance dans l'étiologie de l'affection, c'est la période saisonnière et Monier-Vinard, d'après une statistique faite par lui, croit que la maladie est plus fréquente au printemps et en hiver.

Enfin, au point de vue des antécédents pathologiques antérieurs, le plus souvent les sujets sont signalés comme débiles et peu vigoureux. Chez certains malades on relève des antécédents de bronchite chronique; d'autres malades sont atteints d'infection chronique, syphilis, tuberculose, ou de maladies générales, goutte, diabète. Il est donc à remarquer que dans le plus grand nombre des cas un certain trouble de l'état général préexiste à l'apparition de la sporotrichose.

Tels sont, en résumé, les principaux facteurs qui doivent entrer en ligne de compte dans l'étiologie de

cette affection, sans qu'il soit possible toutefois de déterminer la part exacte qui revient à chacun d'entre eux dans le développement de cette maladie.

Le mode d'inoculation est loin d'être évident dans tous les cas ; tantôt celle-ci est cutanée et se produit à la faveur d'un traumatisme plus ou moins important portant sur le tégument externe, le plus souvent au niveau des doigts. Tantôt on admet qu'elle se produit sous une forme latente et probablement bucco-pharyngée, processus un peu analogue à celui des infections à pneumocoques, par exemple.

Le plus souvent l'inoculation se fait par l'intermédiaire d'une piqûre, d'une coupure ou d'une plaie contuse des doigts. Toutes ces petites plaies se trouvant journellement au contact des débris végétaux ou d'objets souillés par ces débris peuvent être infectées et devenir le siège d'une lésion locale initiale sporotrichosique donnant naissance par la suite à des lésions secondaires par propagation lymphangitique locale. Notamment ce malade, marchand de légumes, qui fit un chancre sporotrichosique exactement sur une blessure du front contaminée vraisemblablement par la casquette qu'il laissait traîner sur sa charrette.

Le parasite inoculé se dissémine dans l'organisme tantôt par la voie lymphatique, tantôt par la voie vasculaire. Ce fait a été démontré expérimentalement par de Beurmann et Gougerot par l'inoculation digestive et mis en lumière par les travaux de

Widal et Weill qui en ont donné la preuve directe chez l'homme par l'hémoculture.

Comme nous l'avons dit plus haut, les muscles, les os et les viscères peuvent être le siège de lésions sporotrichosiques ; voyons maintenant sur quel groupe de muscles et sur quels os se localise, plus particulièrement, cette mycose.

Considérée séparément, la lésion musculaire est une localisation assez commune, mais par comparaison à la forme hypodermique gommeuse disséminée elle est encore rare.

En dépouillant les observations que nous avons recueillies nous constatons que les muscles dont l'atteinte a été le plus souvent signalée sont le biceps, le triceps brachial, le long supinateur, les muscles de l'avant-bras, le grand dorsal, le grand pectoral et le quadriceps crural.

Il résulte de cette énumération que la sporotrichose aurait une tendance à se localiser sur les muscles longs et tous les muscles exposés à faire de grands efforts.

Les os qui ont été atteints jusqu'à présent sont le frontal, le radius, le cubitus, le tibia et l'astragale. Mais de tous ces os celui qui a été le plus souvent touché est manifestement le tibia qui a été 9 fois le siège des lésions sur 14 observations de sporotrichose osseuse que nous rapportons.

Dans la grande majorité des cas la partie de l'os le plus souvent intéressée est la face interne de la diaphyse, c'est-à-dire la portion de l'os exposée le plus aux traumatismes.

En comparaison des lésions osseuses et périostiques les lésions articulaires sont très rares ; jusqu'à présent nous ne possédons que deux cas portant sur l'articulation du genou. Le premier est une hydarthrose sporotrichosique rapportée par Moure ; le deuxième une « tumeur blanche » que Jeanselme et Chevallier ont rétrospectivement soupçonné être de même nature.

Passons maintenant à la troisième forme qui nous intéresse, à la forme viscérale qui, jusqu'à présent, ne comporte qu'un petit nombre de faits.

A part les quelques lésions des muqueuses qui ont été signalées, les lésions ont porté trois fois sur les glandes génitales, deux fois sur l'œil et une fois sur le rein. De tous ces organes ce sont le testicule et l'épididyme qui ont une tendance à être le plus souvent atteints, et la même remarque peut être faite au point de vue expérimental.

Divers auteurs ont provoqué à plusieurs reprises des lésions testiculaires chez les animaux mis en expérience.

Il importe de retenir d'abord que toutes ces lésions musculaires, osseuses et viscérales sont dans la grande majorité des cas associées à d'autres lésions cutanées. Mais il existe des cas cependant où la localisation est exclusivement et d'emblée extra-cutanée. Citons ce malade de Monier-Vinard qui ne présentait qu'une gomme unique du long supinateur ; ce malade de Josset-Moure atteint d'une gomme primitive du tibia ayant simulé une ostéo-myélite

chronique ; enfin, la malade de Rochard et Bodolec qui présentait comme seule lésion une pyélonéphrite sporotrichosique.

Les origines et le mécanisme de l'infection mycosique musculaire, osseuse et viscérale nous échappent totalement quelquefois et, dans certains cas, l'inflammation se propage de proche en proche.

Dans un cas de Monier-Vinard un abcès du tissu cellulaire sous-cutané de la région cubitale de l'avant-bras droit fut incisé. L'ulcération chronique qui s'en suivit se propagea aux plans profonds et atteignit le périoste du cubitus. La cicatrice obtenue après guérison adhérait fortement à l'os qui était légèrement augmenté de volume. Ce même processus peut se produire pour la détermination musculaire et l'infection peut s'arrêter aux couches plus superficielles et produire une gomme sporotrichosique musculaire. Ce mécanisme n'est pas très fréquent et le plus souvent l'infection se fait par la voie sanguine.

D'autre part il y a d'autres facteurs dont il faut tenir compte et qui jouent un certain rôle dans la pathogénie de l'affection. Le traumatisme apparaît souvent, d'après les malades, comme point de départ de la lésion ; mais il ne faut pas tout de même considérer le traumatisme comme l'ayant créée de toute pièce, mais comme une cause occasionnelle et favorisante. Le foyer traumatisé se trouve dans un état de moindre résistance et devient par la suite le siège d'une lésion sporotrichosique.

La fatigue de la marche, les efforts prolongés

imposés aux muscles qui travaillent et la compression gravidique peuvent servir dans certains cas à expliquer la localisation de ces diverses lésions musculaire, osseuse et viscérale.

Comment se manifestent toutes ces déterminations extra-cutanées? telle est la question que nous devons nous poser actuellement et que nous allons essayer de développer dans le chapitre suivant.

DESCRIPTION CLINIQUE

DES LÉSIONS SPOROTRICHOSIQUES EXTRATÉGUMENTAIRES

Comme nous l'avons dit plus haut, la sporotrichose peut se localiser sur les muscles, les os, les viscères et donner lieu à des lésions qui ont été longtemps méconnues et rapportées à tort à la syphilis et à la tuberculose. Il est rare et même exceptionnel de rencontrer ces lésions extratégumentaires en dehors de toute lésion cutanée ; le plus souvent elles sont associées et consécutives aux lésions cutanées.

Avant d'aborder l'étude clinique de ces lésions, nous allons donner un exposé rapide des formes cutanées, c'est-à-dire de la forme lymphangitique et de la forme disséminée.

A. — FORME LYMPHANGITIQUE

La lymphangite sporotrichosique se manifeste du huitième au vingtième jour après l'apparition du chancre sporotrichosique. Des bords de la plaie on sent un cordon légèrement induré, inclus dans

l'épaisseur du tégument qui prend une teinte rosée.

Elle siège à la racine du doigt, au dos de la main, au poignet, à l'avant-bras, plus rarement au bras et à l'épaule. Elle se traduit par une induration ligneuse du volume d'une plume d'oie, de telle sorte que le canal lymphatique fait un relief appréciable à l'œil nu. Assez souvent plusieurs canaux parallèles sont atteints. Ces cordons lymphatiques ne sont pas réguliers comme calibre et présentent de distance en distance des séries de nouures grosses comme un pois ou un grain de raisin. Ces nouures, d'abord fermes et dures comme la lymphangite elle-même, deviennent peu à peu rénitentes et enfin fluctuantes.

A la lymphangite il y a donc association de gommes dont l'évolution froide comme celle de la lymphangite met souvent des semaines à évoluer pour subir un complet ramollissement et aboutir à l'évacuation spontanée.

D'autres fois les cordons lymphatiques restent moins gros, moins saillants, et la topographie du vaisseau est marquée de place en place par des gommes, souvent proches les unes des autres de 2 à 3 centimètres sans qu'il y ait lymphangite intercalaire cliniquement appréciable.

Ces gommes sont, comme les précédentes, incluses dans l'épaisseur du tégument; leur évolution clinique est aussi froide, aussi lente, et leur tendance au ramollissement, puis à la guérison spontanée, toujours aussi peu marquée. Il est à remarquer que même dans cette forme où la dissémination se fait

par la voie lymphatique, l'atteinte des ganglions est minime ; ils peuvent être un peu tuméfiés, accessibles à la palpation, mais jamais ils n'ont été ni douloureux, ni suppurés.

La maladie étant livrée à elle-même, ou si on ne lui oppose qu'un traitement chirurgical, on voit se produire des ulcérations plus ou moins étendues, dont les gommes abcédées sont le point de départ des lésions épidermiques.

B. — FORME DISSÉMINÉE

Cette forme est de beaucoup la plus commune.

Après les phénomènes généraux du début, apparition soudaine de nodules hypodermiques, le plus souvent nombreux et disséminés en divers points du corps. L'indolence est complète pendant toute la durée de la maladie.

Le nombre des lésions est assez variable d'un sujet à l'autre ; on a constaté de 8 à 15 éléments jusqu'à 100.

Tous les points de la surface du corps sont atteints mais les régions atteintes de préférence sont les membres. Le volume des gommes hypodermiques varie entre les dimensions d'un pois et celles d'une mandarine ; la grosseur très commune est celle d'une noisette.

Cliniquement, au début, la lésion consiste en une nodosité très ferme, indolente spontanément et à la

pression, libre de toute adhérence avec les plans profonds et au contraire faisant corps avec l'hypoderme.

Ce caractère de fermeté dure pendant plusieurs jours, quinze à vingt jours, quelquefois même davantage ; mais le plus souvent la lésion augmente lentement de volume, pouvant en un mois doubler ou tripler ses dimensions primitives.

La région qui jusqu'alors n'était pas modifiée peut se trouver déformée et présenter une bosselure plus ou moins appréciable à la vue et au toucher. La consistance s'est alors aussi modifiée, en même temps que la lésion tend à envahir la face profonde du derme. De dure qu'elle était d'abord, la gomme tend à devenir rénitente, élastique, bientôt elle sera franchement fluctuante. La recherche de ce signe permet de se rendre compte que le liquide est contenu généralement dans une coque épaisse, et non entouré d'une paroi mince.

La gomme peut rester indéfiniment ainsi, sans s'ouvrir à l'extérieur, mais le plus souvent quatre à huit semaines environ après le début de la lésion, on voit la peau changer d'aspect, devenir rosée, puis rouge et enfin violacée, à mesure que l'élément s'accroît vers la surface. La tuméfaction présente alors une fluctuation centrale, et une sensation subjective de chaleur et de douleur qu'accuse le malade, précède enfin l'ouverture à l'extérieur. Un étroit pertuis laisse couler un pus homogène, gris jaunâtre.

Dans la suite, une croûte peut venir obturer

momentanément l'orifice et le pus, au lieu d'être franc, bien lié, est constitué par une sérosité jaunâtre, contenant quelques grumeaux en suspension. La fistulisation d'une gomme évacuée peut se prolonger pendant des mois, et la guérison spontanée se fait longtemps attendre.

Sporotrichose musculaire

Contrairement à ce que nous observons normalement où les lésions musculaires sont le plus souvent associées à des lésions cutanées, il peut arriver des cas tout à fait exceptionnels où la lésion est unique. Jusqu'à présent, nous ne possédons qu'un seul cas rapporté par Monier-Vinard où le malade ne présentait pour toute lésion qu'une gomme du long supinateur.

Siège. — En nous reportant au chapitre de l'étiologie nous voyons que cette localisation se fait de préférence sur les muscles longs.

Début. — Le plus souvent le début est très insidieux, très obscur, à tel point que les malades sont incapables de donner le moindre renseignement sur ce point. Dans certains cas ils le rattachent à un traumatisme reçu quelque temps auparavant à l'endroit où siège la lésion.

Symptômes. — Les phénomènes subjectifs sont souvent nuls ou à peine marqués. Les malades accusent d'ordinaire un endolorissement avec une légère faiblesse de la partie malade, et assez souvent c'est

par un pur hasard que les malades arrivent à s'apercevoir de leurs lésions. D'autres fois c'est un examen méthodique qui permet au clinicien de dépister la lésion.

L'inspection donne rarement des résultats positifs, car le volume des lésions est généralement inférieur à celui d'une mandarine et atteint celui plus fréquent d'une amande.

De plus, chez certains malades, l'épaisseur du pannicule adipeux contribue à rendre inappréciables à la vue les lésions sous-jacentes.

La palpation permet de sentir au début une nouure ferme, résistante, ovalaire, allongée parallèlement aux fibres musculaires et à limites imprécises. La peau glisse librement sur cette nouure qui se trouve immobilisée complètement par la contraction du muscle.

La gomme évolue lentement, elle se ramollit peu à peu au centre, tendant à s'étendre surtout vers la périphérie, arrivant à adhérer alors à l'aponévrose et perdant ainsi de sa mobilité. De plus, une palpation plus attentive ne fait pas sentir une fluctuation franche, mais plutôt une rénitence. Presque tous les malades accusent une indolence complète et sous la pression exercée par les doigts ils ressentent une légère sensibilité plutôt qu'une douleur véritable.

Sous l'action du traitement approprié on assiste à une résorption rapide des lésions, à moins que le ramollissement suppuratif ne soit trop étendu.

Non traitées, ces lésions persistent indéfiniment sans aboutir à la fistulisation. Elles se propagent quelquefois à l'aponévrose ; d'autres fois cette propagation se fait à l'occasion d'une ponction.

Lorsqu'on a eu l'occasion de pratiquer une ponction évacuatrice, on a remarqué que « la diminution du volume était passagère et que dans l'espace de huit à dix jours la tumeur avait acquis de nouveau son volume primitif. De plus, on a observé que chaque fois une petite infiltration noueuse sous-aponévrotique et sous-cutanée se produisait le long du trajet parcouru par l'aiguille (Monier-Vinard).

À la suite des lésions musculaires nous pouvons ajouter quelques lignes relatives aux lésions sporotrichosiques des gaines synoviales.

Sporotrichose des gaines synoviales

Ces lésions sont très rares et à l'heure actuelle nous ne possédons qu'un cas de Massary, Donvy et Monier-Vinard. Chez ce malade les lésions siégeaient dans les gaines synoviales du cou-de-pied et se traduisaient par un empâtement chronique qui suivait le déplacement des tendons extenseurs. Cette lésion, par son aspect et sa consistance, rappelait exactement la tuberculose fongueuse des gaines synoviales.

Sporotrichose osseuse

Les lésions osseuses et périostiques, comme les musculaires, peuvent être isolées ou associées, mais habituellement elles se trouvent associées à d'autres lésions.

Ici les formes cliniques sont variées :

α) Ou bien par extension d'une lésion superficielle ulcérée, il se produit une périostite superficielle dont les signes physiques sont à peu de chose près analogues à ceux observés dans les lésions musculaires. La seule différence c'est que la gomme est adhérente à la surface osseuse et la cicatrice obtenue par guérison fait corps aussi avec l'os ;

β) Ou bien la lésion est d'emblée osseuse et alors nous avons affaire à une série de deux formes :

1° *Forme d'ostéite superficielle et limitée.*— Cette forme se localise de préférence sur les os longs et est particulièrement fréquente sur la face interne du tibia.

Le mécanisme de l'infection n'est pas toujours évident et dans la plus grande majorité des cas le malade fait remonter le point de départ à un traumatisme qui crée *locus minoris resistentiæ* et favorise le développement de la maladie.

Rappelons la malade de Beurmann, porteuse de pain, qui fit une gomme sporotrichosique dans la région du tibia qui venait fréquemment heurter son panier en marchant.

L'affection débute par des douleurs continues avec une sensation de lourdeur dans tout le membre.

A l'inspection on constate une saillie analogue à une hyperostose avec une légère teinte rosée du tégument.

La palpation nous permet de constater la présence d'une tuméfaction d'abord ferme, arrondie, irrégulière, faisant corps avec l'os, du volume d'une petite mandarine et même davantage. Puis la tumeur grossissant perd son caractère de fermeté et devient rénitente et élastique. Une palpation plus attentive décèle dans le cas de Fage une déformation et une hypertrophie irrégulière de l'os avec des saillies qui semblent comme des « coulées osseuses ».

La gomme périostée du tibia peut évoluer vers la fistulisation à la façon d'une gomme hypodermique et l'exploration au stylet donne la sensation du contact osseux ; mais un fait intéressant ici, c'est qu'il n'y a séquestre à aucun moment.

2° *Forme d'ostéite massive et diffuse.* — D'autres fois les lésions ne restent pas limitées au périoste et s'attaquent d'emblée à l'os donnant lieu à la forme d'ostéite massive et diffuse. L'ostéite sporotrichosique est de tous points analogue à l'ostéo-myélite chronique d'emblée.

La lésion débute par de la douleur et des élancements dans le membre avec de la tuméfaction osseuse. Dans le cas de Pierre Marie et Gougerot le tibia présentait un épaississement à sa partie moyenne.

épaississement qui faisait saillie à la face interne de la jambe.

La peau est restée normale et ne lui adhère pas. L'os est pris en masse ; la déformation de 8 centimètres environ de longueur est fusiforme, et sa surface semble lisse ?

L'autopsie montra à ce niveau une irrégularité de la surface de la diaphyse osseuse et une coque osseuse épaissie et formée par un os blanc, dur, compact et lourd sans aréoles. En résumé, nous avons ici un bel exemple d'ostéomyélite hypertrophiante et condensante primitive du tibia.

La radiographie donne des renseignements très précieux : dans le cas de Josset-Moure l'épreuve radiographique montrait un léger épaississement de l'extrémité du tibia. Dans un deuxième cas de Moure où la lésion siégeait à l'extrémité supérieure du tibia avec hydarthrose du genou on constata par l'examen radiographique une zone plus claire à ce niveau avec une « série de petites aspérités ».

L'extrémité supérieure du bord interosseux tibial présentait un épaississement notable du périoste.

Quelquefois cette lésion osseuse aboutit à la fistulisation avec élimination de séquestres. Le pus qui s'écoule de cette fistule présente les caractères d'un pus filtrant, visqueux, gris jaunâtre, tenant quelquefois en suspension de petits grumeaux.

3° *Arthropathie sporotrichosique*. — Cette lésion a été observée et étudiée par Moure chez un malade présentant un abcès de l'extrémité supérieure du

tibia avec augmentation de volume de l'articulation du genou. L'article « est globuleux, les culs-de-sac détendus, les méplats effacés, la face antérieure apparaît irrégulière, bosselée. Le choc rotulien très net permet d'affirmer la présence d'un épanchement. La pression est douloureuse sur le pourtour des plateaux tibiaux. Les cultures positives du pus retiré par ponction du genou permettent d'affirmer la nature sporotrichosique.

Sporotrichose testiculaire

Les lésions sporotrichosiques portant sur les glandes génitales sont plus fréquentes qu'elles ne parurent au premier abord. Elles sont toujours associées à des lésions multiples de même nature.

Le début en est très insidieux.

Symptômes. — La sporotrichose testiculaire se rapproche par beaucoup de points de l'orchi-épididymite chronique tuberculeuse à évolution froide et lente.

Pour bien nous rendre compte des caractères cliniques de cette localisation contentons-nous de rappeler les lésions présentées par les trois malades dont nous rapportons l'observation.

Chez le malade de Monier-Vinard le testicule présentait un gonflement très marqué surtout à son pôle inférieur qui communiquait à un trajet fistuleux ayant son orifice à la face antérieure du scrotum.

La queue de l'épididyme et le canal déférent étaient tuméfiés et fusionnés avec la glande testiculaire.

Chez leur malade Lagoutte et Briaud constatèrent un gros abcès de l'épididyme qui survint sournoisement sans phénomènes douloureux prémonitoires et s'ulcéra spontanément.

Chez le malade de Jeanselme et Chevallier le testicule et l'épididyme étaient bourrés de noyaux volumineux et le cordon spermatique du même côté était induré. Les mêmes lésions, mais moins accentuées, existaient du côté gauche.

Sporotrichose rénale

Le seul cas vraiment intéressant de sporotrichose viscérale que nous possédions est une « pyélonéphrite sporotrichosique » rapportée par Rochard et Bodolec.

La maladie a débuté au cours d'une grossesse vers le septième mois par une hématurie et de vives douleurs au côté droit de l'abdomen et de la difficulté à la marche.

Il n'existe pas de fièvre.

La palpation décèle dans la fosse lombaire droite la présence d'une tumeur volumineuse faisant saillie dans l'abdomen. C'est une tumeur arrondie, ferme, douloureuse à la pression et ballottante à la palpation.

La malade subit une néphrectomie intra-capsulaire par voie lombaire.

Macroscopiquement la coque périnéphrétique est épaisse et dure ; on sent le rein bourré de calculs et irrégulièrement bosselé.

A la coupe le parenchyme rénal est creusé de nombreuses loges pyélorénales, remplies de pus et de calculs blancs, grisâtres, irréguliers et s'effritant sous le doigt.

Le pus est grisâtre, visqueux et assez épais.

Sporotrichose oculaire

1° *Iritis sporotrichosique.* — Le seul cas que nous connaissions a été observé par Jeanselme et Chevallier chez un malade qui présentait en même temps d'autres lésions de même nature en différentes parties du corps.

Symptômes. — Depuis sept à huit semaines la conjonctive droite était très injectée. La pupille droite très inégale ne se laissait pas dilater par l'atropine.

En quelques jours la vue s'était abaissée au point que le malade pouvait difficilement distinguer des objets de la grosseur d'un doigt.

Le malade accusait en outre de vives douleurs péri-orbitaires qui se sont atténuées par l'emploi d'un collyre à l'atropine.

L'examen pratiqué par un ophthalmologiste révéla tous les signes d'un iritis avec injection de tout le segment antérieur du globe, un rétrécissement et des irrégularités de la pupille par suite de synéchies

nombreuses ayant fixé presque tout le pourtour de l'iris.

Il y avait des exsudats obstruant le champ pupillaire et abolissant la vision.

Il n'existait pas de douleurs.

La photophobie était insignifiante.

Par la suite l'œil était resté toujours rouge, l'occlusion pupillaire complète, le champ pupillaire obstrué par des exsudats.

L'iris était décoloré et la vision était très affaiblie.

2° *Conjonctivite sporotrichosique*. — Cette conjonctivite semble avoir été causée par un sporotrichome mal cicatrisé du nez.

L'œil présentait une injection très vive des vaisseaux de la conjonctive.

Il n'y avait ni douleur, ni cuisson.

Plus tard apparurent des douleurs péri-orbitaires, de la photophobie.

La cornée se ternit, puis s'ulcéra. Cette kératite détermina successivement une perforation de la cornée, l'issue du corps vitré et la perte de l'œil.

DIAGNOSTIC

Les faits de sporotrichose humaine sont assez nombreux pour que nous puissions indiquer dans une certaine mesure les caractères cliniques nous permettant de distinguer cette maladie de celles avec lesquelles elle resta longtemps confondue.

L'élément capital qui facilite le diagnostic des lésions musculaires, osseuses et viscérales, c'est la coexistence habituelle des lésions cutanées.

Parfois, on relève dans les antécédents des malades la syphilis ou la tuberculose, ou encore la coexistence de ces lésions, et des lésions sporotrichosiques. Cette association observée plusieurs fois a prouvé que la sporotrichose ne devait pas être exclue d'emblée chez les malades atteints de ces infections.

FORME MUSCULAIRE

Le diagnostic de la sporotrichose musculaire doit être fait avec la *ladrerie*.

La similitude de ces deux affections est d'autant plus grande qu'elles peuvent toutes deux atteindre les muscles. La ponction seule permet de faire le dia-

gnostic en ramenant dans le cas de cysticerose un liquide dans lequel l'examen microscopique montrera des crochets.

Les gommès tuberculeuses dont la localisation sur les muscles est tout à fait exceptionnelle sont à distinguer des gommès musculaires sporotrichosiques.

Maintenant que la sporotrichose est bien connue, l'on doit se demander si autrefois l'on n'a pas rapporté trop souvent au bacille de Koch une inflammation nodulaire des muscles.

La même difficulté se pose pour le diagnostic des gommès syphilitiques musculaires. Celles-ci sont plus infiltrées, diffuses : c'est un syphilome ; tandis que la sporotrichose donne une lésion limitée.

Mais, à vrai dire, aucun caractère clinique ne permet de conclure formellement dans un sens ou dans l'autre.

FORME OSSEUSE

1° FORME OSTÉO-PÉRIOSTITE SUPERFICIELLE LIMITÉE.

— A la période de crudité, le diagnostic de l'ostéo-périostite sporotrichosique se pose avec :

a) *L'exostose ostéogénique* dont la tendance à la symétrie est remarquable et dont le siège se fait surtout sur l'épiphyse fertile des os longs.

De même que l'ostéo-périostite sporotrichosique, l'exostose se présente sous la forme d'une masse dure, indolore, plus ou moins régulière, faisant corps

avec l'os sous-jacent, soulevant quelquefois la peau qui glisse librement sur la tumeur.

De plus, l'exostose ne détermine aucune douleur et assez souvent même elle reste assez longtemps ignorée du sujet.

Donc, le diagnostic reste ici assez difficile en raison de la grande similitude des signes cliniques.

b) *L'exostose syphilitique* soit de syphilis *acquise*, soit de syphilis *héréditaire*.

Celle-ci s'accompagne d'une déformation de l'ensemble de l'os ; tandis que dans le cas de sporotrichose osseuse une partie de l'os seulement est déformée.

c) *L'ostéo-périostite microbienne chronique* à début brusque, fébrile, et à phénomènes inflammatoires locaux très marqués au début.

Puis on observe ici une période de refroidissement qui augmente à ce moment la similitude d'avec la sporotrichose ; mais les anamnestiques font le diagnostic.

2° FORME OSTÉITE DIFFUSE. — Le diagnostic doit être fait avec les ostéo-myélites chroniques qui présentent bien des signes analogues avec l'ostéite sporotrichosique.

La confusion a été faite chez le malade de Josset-Moure qui a subi trois interventions chirurgicales, avant que la nature sporotrichosique de sa lésion osseuse tibiale ne fût déterminée.

Cependant l'abolition des phénomènes réactionnels et l'incurabilité par le traitement chirurgical

dans le cas d'ostéite sporotrichosique peut mettre sur la voie du diagnostic.

Arthropathies sporotrichosiques

Comme pour toutes les autres localisations viscérales de la sporotrichose, le diagnostic se trouve facilité par la coexistence fréquente d'autres lésions cutanées. Mais lorsque les lésions ostéo-articulaires sont uniques, comme cela s'est produit chez un malade de Jeanselme et Chevallier, le diagnostic devient très difficile et même impossible.

Dans ce cas le diagnostic est à faire avec :

1° *Les ostéo-arthrites tuberculeuses* qui se manifestent :

a) Par des douleurs variables comme intensité. Un caractère essentiel de ces douleurs, c'est leur atténuation par le repos et leur retour par la fatigue ;

b) Par la gêne fonctionnelle très peu marquée au début et ne se traduisant que par une paresse du membre ;

c) Par la contracture musculaire qui aboutit progressivement à la production d'attitudes vicieuses.

Mais tout ceci peut être réalisé par la sporotrichose, et, de plus, dans les deux cas la pression révèle des points osseux douloureux qui répondent au siège du mal.

Il est vrai que dans l'arthropathie tuberculeuse la palpation de l'articulation permet de sentir des culs-de-sac synoviaux complètement déformés en bour-

relets. Tandis que l'arthrite sporotrichosique ne paraît guère réaliser, au moins à un même degré, la transformation fongueuse de la synoviale.

Mais il reste en somme de bien grandes analogies entre ces deux formes, car le malade de Jeanselme et Chevallier atteint d'ostéo-arthropathie du genou avait subi une amputation de cuisse pour tumeur blanche.

2° *Les arthropathies syphilitiques* se traduisant par des douleurs surtout nocturnes, augmentant par le repos et se dissipant par l'exercice.

On constate souvent la présence d'un épanchement dans l'articulation malade.

C'est une tuméfaction indolente, non inflammatoire, bilatérale ordinairement, sans altération de couleur des téguments.

Elle aussi peut aisément être confondue avec l'arthropathie sporotrichosique ; et, de plus, un fait peut contribuer à faire méconnaître cette dernière, c'est la grande amélioration obtenue par le traitement spécifique, si celui-ci comporte l'administration d'iode.

3° *Arthrite blennorragique* : Surtout dans sa forme hydarthrosique, elle peut à la rigueur simuler l'arthropathie sporotrichosique.

L'arthrite blennorragique est remarquable par sa fixité (fixité dans la douleur et fixité dans le siège).

La douleur est vive, surtout marquée le matin au réveil, et s'atténue par les mouvements.

Le lieu d'élection est le genou et surtout le gauche.

L'hydarthrose s'observe surtout au niveau du genou, soit d'un côté, soit des deux côtés. Elle persiste pendant des semaines et des mois.

La coexistence d'un écoulement urétral peut aider à faire le diagnostic.

En résumé, les signes observés dans ces différentes arthropathies présentent une trop grande analogie pour permettre d'affirmer cliniquement le diagnostic de sporotrichose.

Aussi est-il essentiel de recourir dans ces divers cas où la nature mycosique de l'affection est soupçonnée aux procédés de laboratoire (réaction d'agglutination, réaction de fixation, cultures) qui donnent seuls la certitude absolue.

FORME VISCÉRALE

SPOROTRICHOSE TESTICULAIRE. — Les seules lésions avec lesquelles le diagnostic doit être fait, ce sont les orchi-épididymites chroniques soit :

a) *Tuberculeuses*. — Parfois celles-ci sont chaudes et douloureuses au début, d'autres fois, au contraire, froides d'emblée.

Dans les deux cas le canal déférent est pris.

D'autre part dans la tuberculose, l'épididyme seulement est lésé et le testicule beaucoup moins souvent ; de plus, les lésions s'étendent jusqu'à la prostate et les vésicules séminales qui sont le siège de lésions nodulaires. Il existe parfois dans l'orchite tuberculeuse des phénomènes généraux assez mar-

qués. En résumé tous ces éléments ne sont pas suffisants pour permettre de poser d'une façon absolue le diagnostic.

b) *Syphilitiques*. — Dans la gomme tertiaire du testicule la pression montre l'existence de l'anesthésie ; le canal déférent est intact.

Ici le fait capital est le siège des lésions qui sont surtout testiculaires.

Dans le cas unique de sporotrichose rénale que nous relatons, le diagnostic clinique était impossible ; de plus, il n'y avait aucun autre élément pouvant nous mettre sur la voie du diagnostic. Les procédés de laboratoire seuls pouvaient dans ce cas nous donner la certitude absolue de la nature de la pyélonéphrite.

SPOROTRICHOSE OCULAIRE. — *Iritis*. — L'iritis sporotrichosique observé par Jeanselme et Chevallier s'est manifesté par :

Une injection périkératique très intense ;

La photophobie ;

La contraction de la pupille qui ne réagissait pas sous l'action de l'atropine ;

La formation de synéchies ;

La coloration de l'iris ;

Les douleurs péri-orbitaires.

Mais ici encore tous les troubles sont banaux et aucun caractère particulier ne permet de les différencier cliniquement ni de l'*iritis rhumatismal*, ni de l'*iritis syphilitique*.

Nous allons donc exposer succinctement les

méthodes qui sont actuellement d'une pratique courante connue de tous.

Les méthodes pratiquées couramment sont les suivantes :

a) La recherche du parasite dans le pus ou les lésions humaines est d'une difficulté extrême. Le parasite a dans le pus humain un volume très faible et de plus il est peu abondant. Aussi l'examen des frottis ne donne pas toujours un renseignement satisfaisant pour l'interprétation à donner aux formes observées ; mais il pourra indiquer que la présomption clinique est légitime ;

b) Le procédé qui donne une certitude indiscutable est sans contredit les cultures des lésions sporotrichosiques. Lesensemencements se font sur les milieux sucrés de Sabouraud sans capuchonnage et laissés à la température ordinaire du laboratoire. Les premières colonies, blanc jaunâtre d'abord, brunissant par la suite, apparaissent au bout de huit à dix jours ;

c) Un troisième procédé qui doit être pratiqué en cas de doute est l'inoculation aux animaux. « L'inoculation sous-cutanée à la souris provoque une lésion locale riche en parasites, puis parfois la mort par septicémie de l'animal au bout de trente à quarante-cinq jours, tandis que l'inoculation sous-cutanée ou intra-péritonéale au cobaye ne détermine aucune lésion. Mais les deux doivent être pratiquées concurremment, car de cette façon on pourra éliminer

la possibilité de toute infection tuberculeuse. »
(Monier-Vinard.)

d) Un quatrième procédé consistant dans la sporo-agglutination et la réaction de fixation vient compléter les trois autres. Comme l'ont montré Widal et ses élèves et confirmé d'autres auteurs, « pendant la période d'état de la maladie, la fixation se fait très énergiquement sur les spores et, d'autre part, l'agglutination se produit constamment à des taux très élevés » (1/200 à 1/800).

PRONOSTIC

La sporotrichose, en général, est une maladie bénigne, puisqu'il suffit de la reconnaître pour la guérir en quelques jours ou en quelques semaines par le traitement iodo-ioduré général et local.

La guérison n'est pas toujours complète malgré les apparences et il faut se méfier des récidives possibles.

Ces récidives qui assombrissent légèrement le pronostic ne sont pas rares.

Les localisations musculaire, osseuse et viscérale de la sporotrichose offrent le même caractère de bénignité que la forme cutanée, lorsque le diagnostic des lésions a été établi d'une façon certaine.

Dans la forme musculaire une erreur de diagnostic peut conduire à pratiquer une malencontreuse incision au bistouri, qui fait que la cicatrisation s'effectue lentement et difficilement. La maladie tend ainsi à s'éterniser par suite de la formation de nouvelles lésions superficielles ou profondes.

Le pronostic des lésions osseuses et ostéo-articulaires devient immédiatement plus sérieux, lorsque leur nature sporotrichosique n'a pas été reconnue.

Dans ce cas, la lésion dont la nature n'était pas

soupçonnée a pu présenter quelquefois un tel caractère de gravité dans sa marche et dans son étendue que l'on a pratiqué l'amputation d'un membre que le malade aurait pu conserver, si un diagnostic précis éloignant l'idée d'arthropathie tuberculeuse, avait fait substituer un traitement médical à une intervention chirurgicale.

Il en est de même des lésions viscérales qui, traitées différemment que ne le comporte la nature de la maladie, entraînent la perte d'un organe tel que le testicule, l'œil, le rein...

Hâtons-nous de dire qu'il n'est pas dans notre pensée, à propos de ces considérations sur le pronostic, de porter un blâme sévère sur les interventions pratiquées parfois dans certains des cas de sporotrichose actuellement publiés. Rien ne serait moins juste; de telles erreurs étant inévitables; mais si nous nous attardons un peu à les signaler, c'est pour montrer combien cette affection doit, malgré qu'elle soit de connaissance toute récente, être familière à tous. Cette nouvelle venue parmi les maladies infectieuses doit à l'heure actuelle être connue de tous. Ses manifestations si multiples doivent mettre en éveil à son égard, aussi bien la pensée du chirurgien que celle du médecin ou du dermatologiste. Les uns et les autres pourront ainsi faire bénéficier leurs malades d'une thérapeutique aussi appropriée qu'efficace. En effet, par une circonstance assez rare en médecine, la découverte du mal fut presque aussitôt accompagnée de celle du remède.

TRAITEMENT

Les premiers cas de sporotrichose observés furent traités chirurgicalement. Les lésions furent incisées, drainées et pansées avec des substances antiseptiques ; mais cette thérapeutique ne donna aucun résultat. Ils n'arrivèrent pas à tarir la suppuration, ni à obtenir la cicatrisation de la plaie.

Non seulement la guérison ne se réalisait pas, mais encore on a observé que l'incision aggravait les lésions. La raison de cette aggravation à la suite de l'ouverture au bistouri est que les bords de la plaie présentent une surface étendue qui se trouve inoculée par le pus qui y est contenu. Il se produit donc une auto-inoculation et dans les bords de la plaie se forment de petits nodules qui les déforment en grossissant, et les déchiquent en s'évacuant à leur tour, de telle façon qu'une large ulcération suintante vient remplacer la plaie linéaire produite par le bistouri.

Dans la suite, lorsqu'on observa des lésions sporotrichosiques siégeant uniquement sur les muscles et les os sans la coexistence d'aucune autre lésion cutanée pouvant faire soupçonner le diagnostic, la première idée fut de les traiter par une incision chirur-

gicale. Parmi les observations que nous rapportons deux malades furent ainsi traités et dans les deux cas il s'ensuivit une ulcération chronique avec fistules. Témoin le premier malade de Monier-Vinard qui présentait une lésion musculaire de la région cubitale de l'avant-bras droit ; non seulement il persista chez lui une ulcération chronique à la suite de l'incision, mais encore il y eut propagation des lésions au périoste de l'os sous-jacent. Témoin cet autre malade de Josset-Moure qui était atteint d'une ostéite du tibia et qui subit trois interventions chirurgicales. Chaque fois l'incision resta fistuleuse ; tandis que le malade guérit rapidement sous l'influence du traitement ioduré.

L'incision chirurgicale des lésions sporotrichosiques est donc à rejeter formellement. « L'unique intervention qui paraisse rationnelle et devoir être pratiquée quand la collection fluctuante tend à s'ouvrir spontanément, c'est l'évacuation par ponction aspiratrice » (Monier-Vinard).

Le traitement vraiment efficace et qui doit être appliqué, lorsque le diagnostic des lésions sporotrichosiques est établi d'une façon absolue, c'est la médication iodurée.

Le traitement consiste dans l'administration quotidienne de l'iodure de potassium à la dose de 1 à 4 grammes. D'autres malades, au contraire, présentent une intolérance complète pour l'iodure ; dans ce cas, on y supplée par les combinaisons iodées qui ne donnent pas lieu aux accidents d'iodisme.

Comment agit l'iodure de potassium ? D'après les expériences faites on a constaté que ce « sel n'exerce aucune action bactéricide sur le sporotrichum, il est simplement un activant de la fonction phagocytaire des cellules vis-à-vis du parasite et on peut admettre dans ces cas où les lésions réapparaissent malgré le traitement que parfois les leucocytes s'accoutument en quelque sorte à une stimulation faible et que leur pouvoir défensif s'atténue » (Monier-Vinard).

Dans ce cas à la moindre reprise de l'infection, il suffit d'augmenter la dose du médicament pour obtenir immédiatement une amélioration des lésions, et une guérison complète définitive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée)

(De Beurmann et Ramond. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1903, p. 678.)

Abcès sous-cutanés multiples d'origine mycosique

Homme de trente-sept ans, marchand de vin, goutteux, qui après avoir présenté des troubles généraux, malaises, fièvre, fut porteur de trente-trois lésions sous-cutanées et d'une musculaire siégeant dans le *triceps brachial*.

Cultures positives en six jours. Amélioration par l'iodure de potassium.

Récidive cinq mois après avec phénomènes généraux, puis guérison définitive.

OBSERVATION II (Résumée)

(Brissaud et Rathery. — Congrès français de Méd. à Paris, 1907, p. 315.)

Sporotrichose intramusculaire

Homme de quarante-quatre ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour des phénomènes douloureux aux membres supérieurs accom-

pagnés de fièvre, d'amaigrissement et de fatigue générale. Ce malade fut porteur de nombreuses lésions cutanées et sous-cutanées, parues en plusieurs poussées, dont deux siégeant en plein muscle. On note une petite tumeur dans le *biceps* et une autre dans l'épaisseur du *grand dorsal*, et enfin un gonflement diffus de l'avant-bras gauche douloureux, faisant corps avec les plans profonds et occasionnant une déformation notable du membre. Cultures obtenues après ensemencement du pus ont permis d'identifier le parasite au *Sporotrichum Beurmanni*.

OBSERVATION III (Résumée)

(Monier-Vinard et Lesné. — Soc. méd. des Hôp. de Paris,
15 mars 1907.)

Sporotrichose disséminée à foyers multiples (*sporotrichose musculaire*)

Homme, trente-neuf ans, cuisinier, présentait en mars 1906 sur la paroi abdominale antérieure un petit abcès qui fut incisé et pansé. M. Reclus, après avoir éliminé la tuberculose et la syphilis, conseilla de pratiquer des cultures et des inoculations pour déterminer la nature exacte de l'infection. On découvre deux nouveaux abcès sous-cutanés méconnus du malade et avec le pus on inocule deux cobayes qui ne présentèrent par la suite aucune lésion et on ensemence divers milieux. Certains tubes portés à l'étuve restèrent stériles, ceux laissés à la température ordinaire poussèrent tous. Le traitement chirurgical n'amena pas la guérison des lésions. Un abcès siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région cubitale de l'avant-bras droit fut incisé. Il en résulta une ulcération chronique qui

se propageant aux plans profonds atteignit le périoste du cubitus. Une fois la guérison obtenue la cicatrice déprimée adhérait fortement à l'os sous-jacent dont le volume était à ce niveau largement augmenté.

En octobre suivant deux volumineux abcès apparurent, l'un à la face dorsale du pied gauche, l'autre sous l'aponévrose du *grand pectoral*. Ce dernier est excisé.

Guérison rapide qui s'est parfaitement maintenue du moment où le malade a été soumis à l'iodure de potassium.

Vingt mois après le début de la maladie, alors que la guérison était complète les réactions de fixation et d'agglutination furent négatives. La détermination du parasite fut faite en août 1907 par M. Vuillemin (de Nancy).

OBSERVATION IV (Résumée)

(De Beurmann, Brodier et Gastou. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1907. *Bulletin*, p. 1060.)

Sporotrichose gommeuse disséminée avec lésion laryngée

Femme, soixante-six ans, marchande de légumes, accusant des bronchites répétées tous les hivers, elle ne s'est jamais soignée et n'a jamais cessé son travail. Toujours bien portante.

Apparitions successives de lésions sous-cutanées disséminées et de laryngite chronique donnant lieu à de la gêne respiratoire et à des troubles de la phonation et à de la dysphagie. La nature sporotrichosique de cette laryngite fut démontrée par biopsie et par cultures.

Les lésions régressèrent rapidement sous l'action de l'iode de potassium à la dose journalière de 3 à 4 grammes.

MM. Letulle et Debré (Acad. méd., 1908) observèrent quelques mois plus tard la même malade qui succomba à une pneumonie aiguë. A l'autopsie, lésion *au frontal*, constituée par une géode du volume d'une noisette, nombreux nodules épidermiques et inflammation diffuse du pharynx, du larynx et de la trachée. Parasites présents dans les frottis de la muqueuse.

OBSERVATION V (Résumée)

Recueillie dans le service du professeur Gaucher.

Monier-Vinard. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 26 avril 1907.)

Sporotrichose disséminée hypodermique, dermique, épidermique chez un bacillaire. — Cultures positives de sporotrichum par ensemencement de l'expectoration. — Orchite sporotrichosique.

Au décours d'une congestion pulmonaire, apparition chez un homme de vingt-huit ans d'un nombre considérable d'abcès sous-cutanés (plus de 100) disséminés en divers points du corps et en même temps une *orchite suppurée* que l'on considéra, ainsi que les lésions tégumentaires, comme de nature tuberculeuse. Soigné pour cette affection pendant plus d'un an, il se développa pendant ce temps à la face des lésions dermiques, lupiformes, très nombreuses. D'autres lésions d'aspect trichophytoïde se développèrent aux poignets autour d'une ulcération très étendue.

Les cultures furent positives avec le pus des abcès hypodermiques et dermiques, avec le liquide des vésicules, avec le pus de la fistule scrotale, avec les crachats qui contenaient en

outre quelques bacilles de Koch. Soumis à l'iodure, guérison rapide de toutes les lésions au bout de trois mois (suppuration testiculaire aussi bien que les lésions cutanées). Revu un an après toutes les lésions anciennes étaient cicatrisées, ayant toutefois l'aspect de chéloïdes. A ce moment l'agglutination est positive à 1/200, la réaction de fixation très nette. On remet le malade à l'IK. Trois semaines après la lésion avait disparu et les réactions précitées n'existaient plus. Les inoculations au cobaye pratiquées au moment où les lésions étaient en pleine activité furent négatives.

Deux souris inoculées de pus succombèrent avec septicémie.

Chez ce malade la lésion testiculaire fut d'abord considérée comme de nature tuberculeuse. Bien que le pus de la fistule scrotale ait donné une culture pure de sporotrichum, on pensa d'abord qu'il ne s'agissait que d'une tuberculose testiculaire avec infection sporotrichosique du trajet fistuleux. La rapide guérison sous l'influence de l'IK des lésions testiculaires et scrotale oblige maintenant à admettre que la sporotrichose était vraiment seule la cause

OBSERVATION VI (Résumée)

(De Massary, Doury et Monier-Vinard. — Soc. méd.
des Hôp. de Paris, 1907, p. 126.)

Gomme sporotrichosique du triceps brachial et osseux.

Homme de quarante-neuf ans, menuisier, porteur de deux petites tumeurs siégeant l'une à la face postérieure du bras,

l'autre à la partie antérieure du poignet, et d'une tuméfaction douloureuse au cou-de-pied.

Dans ses antécédents on ne relève aucune manifestation tuberculeuse, ni syphilitique. Simplement une bronchite chronique.

1° La tumeur de la face postérieure du bras, du volume d'un œuf de pigeon et en voie de ramollissement, siégeait en plein *triceps*; elle était complètement indépendante des plans superficiels et donnait l'impression d'une gomme intramusculaire ;

2° La tuméfaction douloureuse du cou-de-pied, observée par M. Legueu, est considérée comme une ostéite de l'*astragale*. Les mouvements et la palpation réveillent les douleurs.

Inoculations négatives au cobaye, positives avec la souris. Cultures au dixième jour. Ophtalmo-réaction à la tuberculine négative. Intolérance vis-à-vis de KI. Traité par administration d'iode à l'intérieur, guéri en trois mois. Revu par la suite, le malade ne présente pas de lésions nouvelles. Les anciennes ont guéri sans laisser de traces. Les réactions de fixation et d'agglutination sont négatives.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Druelle et Chadzynski. — *Bulletin de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1908, p. 213.)

Sporotrichose à types multiples avec localisation périostée

Apparition chez un homme de soixante-cinq ans, sans antécédents tuberculeux, ni syphilitiques, de petites tumeurs disséminés sous la peau. La première apparaît au front, la deuxième

à l'*apophyse styloïde radiale gauche* et, enfin, une troisième à la région postérieure de la cuisse droite.

Ces tumeurs devenaient douloureuses en grossissant et n'adhéraient pas aux plans profonds. On note une localisation osseuse à l'*apophyse styloïde du radius du côté droit* qui présente une gomme du volume d'un gros petit pois assez sensible à la palpation et semblant adhérer au plan sous-jacent, mais pas à la peau.

L'état général du malade était assez mauvais au moment du premier examen.

Malade soumis au traitement ioduré sous forme d'injections de lipiodol subit une amélioration rapide. Ensemencements du pus donnèrent des cultures de *sporotrichum*.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Josset-Moure.— Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1908. *Bulletin*, p. 738.)

Sporotrichose du tibia ayant simulé une ostéo-myélite chronique et nécessité quatre interventions chirurgicales.— Diagnostic par la sporo-agglutination et la réaction de fixation.— Guérison.

Cultivateur savoyard, cinquante-cinq ans, ayant exercé à Paris depuis l'âge de vingt-trois ans différentes professions et, en particulier, celles de fruitier et de porteur de sacs ayant contenu différentes céréales.

En 1905, apparition à la cheville gauche d'une tuméfaction douloureuse trois mois après un choc violent reçu à la face postérieure du mollet gauche, sans lésion des téguments.

Première incision en arrière de la malléole externe à l'hôpital de Chambéry. La suppuration persistant, le malade se trouvant à Paris, entre à l'Hôtel-Dieu en décembre 1906 où il subit un grattage à la face interne du tibia gauche, c'est-à-dire quatorze mois après la première incision. La plaie ne se cicatrisant pas, on le réopère en avril 1907 ; une vieille incision reste fistuleuse. Un traitement mercuriel institué reste sans résultats.

En octobre 1908 apparaît sur la face interne du *tibia* gauche, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, une tuméfaction douloureuse que l'on incise : la cicatrisation n'est obtenue qu'après un grattage.

La nature mycosique de la maladie est démontrée par les réactions de fixation et d'agglutination qui sont positives et par cultures. Guérison rapide par l'iodure de potassium.

OBSERVATION IX (Résumée)

(Widal et A. Weill.— Société médicale des Hôpitaux de Paris, juin 1908, p. 905.)

Sporotrichose disséminée, gommes hypodermiques intra-musculaire et sous-périostée tibiale

Malade porteur de nombreuses gommes, les unes intra-dermiques qui évoluent en quelques jours vers l'ulcération ; d'autres sont plus profondes et siègent dans le muscle (*quadriceps crural*).

On note chez ce même malade une gomme *périostée* développée sur la face interne du *tibia* gauche, indolente et tendant au ramollissement.

Hémoculture positive. Examen du sang. Éosinophiles : 6,5 0/0.

OBSERVATION X (Résumée)

(Sicard, Bithe et Gougerot.— Société médicale des
Hôpitaux de Paris, 1908, p. 877.)

Homme de quarante-cinq ans, chapelier, vient consulter à l'Hôtel-Dieu, et est porteur de nombreuses nodosités apparues depuis cinq semaines.

Pas de syphilis dans ses antécédents, ni de tuberculose.

Tout l'intérêt de cette observation est la localisation mycosique sur le *tibia*. Cette lésion apparut, dit le malade, sur la face interne de cet os du côté droit après les premières gommès sous-cutanées; la peau présente un empâtement très marqué et une rougeur diffuse. A la palpation, on sent une tuméfaction dure, douloureuse, très mal limitée, présentant un point fluctuant.

Les ensemencements du pus retiré des lésions osseuses donnèrent des cultures pures de *Sporotrichum Beurmanni*.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Hudelo et Monier-Vinard, en collaboration avec MM. Brann et Merle.— Société médicale des Hôpitaux de Paris juin 1908, p. 915.)

Sporotrichose musculaire

Homme de trente-huit ans, chauffeur, vigoureux avec un état général bon, présente depuis quelques jours plusieurs lésions au nombre de douze, disséminées en différents points du corps.

Unesiège au bras gauche dans l'épaisseur du muscle *biceps* : la mise en contraction de ce muscle empêche le déplacement de la tumeur qui peut s'effectuer lorsque le muscle est relâché. Cette tumeur a le volume d'une grosse noix et a une forme ovulaire ; elle est régulière, sans bosselure et rénitente.

D'autre part, les gaines tendineuses du cou-de-pied gauche présentent un empâtement légèrement douloureux donnant l'impression de la synovite fongueuse.

Cultures sont positives au bout du huitième jour. Inoculation négative au cobaye, positive avec la souris.

Intolérance pour iodure et pour iode. Traité par injections intra-musculaires de lipiodol et injections locales de liqueur de Gram. Guéri en trois mois. Revu ces derniers temps, ne présente plus de lésions actives. Réaction de fixation et d'agglutination négative.

OBSERVATION XII (Résumée)

(Hudelo et Monier-Vinard. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1908, p. 920.)

Gomme sporotrichosique du long supinateur

Homme de cinquante-deux ans, ancien bijoutier, entre le 25 mars dans le service de M. Klippel, à l'hôpital Tenon, pour faiblesse générale qu'il attribue à un diabète dont le début date de six ans. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

A l'examen du malade on remarque à la partie supéro-externe de l'avant-bras droit un relief anormal du tégument. La peau glisse sur les plans sous-jacents et, d'autre part, c'est

au-dessous de l'aponévrose antibrachiale, dans la masse même du *long supinateur*, que siège la lésion. La mise en contraction du muscle immobilise complètement cette masse qui paraît ainsi comme faisant corps avec lui.

Pas de douleurs spontanées à ce niveau et l'exploration ne détermine qu'un très léger endolorissement. Pas de ganglions sous-claviculaires, ni axillaires.

Après ensemencement du pus retiré par ponction sur milieu de Sabouraud, on obtient des colonies nombreuses de *sporotrichum*.

Traitement par des injections intramusculaires de lipiodol.

Inoculation au cobaye négative, deux souris inoculées succombent en quarante et quarante-huit jours.

Pas d'autres lésions en aucun point du corps.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(Fage. — *Bull. de la Soc. Méd. d. Hôp. de Paris*, 1908, p. 879.)

Gomme sporotrichosique périostée avec périostose du tibia

Homme de quarante-sept ans, garçon de cuisine, ne présentant aucun antécédent syphilitique ou tuberculeux.

A la suite d'une contusion à la *face interne du tibia* gauche survenue un mois auparavant, il voit se développer une tuméfaction légèrement saillante, présentant une coloration rose du tégument. Le malade précise par les caractères : il s'aperçut, dit-il, que « l'os grossissait et qu'une légère saillie se produisait sur sa face interne. A première vue, on remarque à 4 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole tibiale gauche une saillie de 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large

ayant l'aspect d'une gomme ou d'un abcès. La tumeur adhère à l'os déformé qui présente une hypertrophie irrégulière. La palpation révèle des saillies qui semblent comme des « coulées osseuses ».

Soumis au traitement ioduré, la tumeur régresse peu à peu et le diagnostic a pu être affirmé après ensemencement du pus par l'obtention des colonies de sporotrichum. Cultures positives au dixième jour.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Thibierge et Gastinel. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1909, *Bulletin*, p. 539, obs. III.)

Homme de trente ans, tonnelier, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents tant au point de vue syphilitique que tuberculeux; est porteur de nombreuses lésions sous-cutanées de nature sporotrichosique. La maladie aurait débuté, dit-il, par un petit bouton occupant l'angle externe de l'œil gauche.

Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est la localisation osseuse de la maladie. En effet, le malade présente « à la face *antérieure du tibia*, sur son tiers supérieur, une tuméfaction arrondie, irrégulière, de consistance dure, du volume d'une petite mandarine, faisant corps avec l'os sur lequel elle s'étale et ressemblant à une hyperostose syphilitique ».

De plus, le malade présente des lésions du pharynx et du larynx.

L'état général du malade est médiocre.

En dehors des lésions pharyngo-laryngées, on ne trouve aucun signe des lésions viscérales. L'auscultation des poumons est normale ; le cœur paraît sain ; les urines ne renferment pas d'albumine ; pas de diarrhée ; les testicules ne sont pas tuméfiés.

Cultures positives après ensemencement du pus.

OBSERVATION XV (Résumée)

Bonnet. — Société de Chirurgie de Lyon, in *Lyon Médical*.

Séance du 4 février 1909, p. 663.)

Sporotrichose à localisations osseuse et musculaire

Malade de soixante et un ans, entre dans le service de M. Bonnet à l'hôpital de l'Antiquaille pour une tuméfaction de l'avant-bras gauche et une tumeur de la face antérieure de l'avant-bras droit.

Pas de tuberculose ni de syphilis dans ses antécédents. A toujours été en bonne santé.

Avant l'apparition de la tuméfaction, l'avant-bras gauche a été le siège de douleurs mal limitées qui ont été toujours en augmentant. Actuellement, l'avant-bras gauche présente dans toute son étendue, mais surtout dans sa partie supérieure, un œdème mou. En arrière, on voit une saillie diffuse, allongée dans le sens de l'axe du membre. La palpation montre un gonflement dur, faisant corps avec le *cubitus*, surtout à sa partie supérieure : il s'agit d'une tuméfaction ostéo-périostique. La peau n'est pas complètement libre sur elle et la pression est douloureuse sur toute la moitié supérieure du cubitus.

Le radius paraît indemne. Les mouvements de pronation et de supination sont douloureux.

L'avant-bras droit est aussi le siège d'une tumeur développée en pleine masse musculaire et qui n'adhère pas à la peau. Pas de ganglions en aucune région. Température 37°4. Poux sains. Après ensemencement du pus retiré par ponction, les cultures étaient devenues tout à fait typiques, et on donna de suite 3 grammes de KI.

M. Bonnet dans une des prochaines séances revient sur ce malade qui a été très amélioré par l'iodure de potassium. Les gommes de l'avant-bras ont beaucoup diminué, mais les mouvements sont restés douloureux dans l'avant-bras gauche et des craquements ont été perçus à l'examen.

M. le Dr Destot a fait la radiographie du malade qui a permis de diagnostiquer une fracture très nette du cubitus à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Le foyer est entouré d'une zone de périostite.

C'est la première fois que l'on signale une fracture spontanée due à la sporotrichose.

OBSERVATION XVI (Résumée)

(Pierre Marie et Gougerot. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1909; *Bull.*, p. 994.)

Ostéite sporotrichosique hypertrophique primitive du tibia

Homme de soixante-quatorze ans, entre à l'hospice de Bicêtre, parce qu'il a été frappé d'apoplexie.

Dès son entrée, l'attention est attirée sur des ulcérations lymphangitiques du membre inférieur droit et la palpation de

la jambe révèle un épaississement en masse de la partie moyenne de la *diaphyse tibiale droite*, épaississement plus prononcé et faisant saillie à la partie interne de la jambe.

La peau est restée normale et ne lui adhère pas. L'os est pris en masse, la déformation est fusiforme et sa surface semble lisse.

L'autopsie montre que l'os n'est déformé qu'au milieu de sa diaphyse. La déformation est une sorte de renflement occupant toute la masse de l'os. L'os scié montre que la coque osseuse au niveau de la lésion est épaissie.

Cultures du pus, d'un gros abcès et des gommes positives.

Inoculation au cobaye négative.

OBSERVATION XVII (Résumée)

(Maurice Lagoutte et Brian. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1909, *Bulletin*, p. 1046 [présentée par MM. de Beurmann et Gougerot].)

Sporotrichoses polymorphes avec gommes sous-cutanées et grands abcès disséminés et avec localisations ostéo-articulaires, épididymaires et oculaires: conjonctivite, hypopyon, staphylome, perforation de la cornée, issue du corps vitré et perte de l'œil, panophtalmie sporotrichosique

Homme soixante-cinq ans, d'une belle santé apparente et n'a aucun antécédent notable. L'affection a débuté par des abcès traités à Nevers et au Creusot par de nombreux curettages.

En même temps que les nombreuses lésions sous-cutanées, on trouve chez ce malade des gommes fistulisées des doigts et des orteils qui « communiquent avec les articulations ou avec le tissu osseux des phalanges ». Les sporotrichomes ulcérés et

fistulisés ont occasionné l'ankylose de plusieurs articulations interphalangiennes et l'un des doigts a même subi une amputation partielle. La face est le siège de nombreuses lésions et l'une des gommes nasales semble avoir intéressé les os propres du nez qui présentent une dépression notable après la guérison.

Dans la suite, l'état général du malade faiblit peu à peu et apparurent alors deux autres lésions qui furent plus rebelles. La première est un gros abcès de l'*épididyme* qui survint sournoisement six mois avant la mort, sans phénomènes douloureux prémonitoires. La deuxième est une fonte de l'œil qui succéda à une conjonctivite et à une kératite sporotrichosiques. L'état général du malade s'altéra rapidement sans que l'on pût constater aucun symptôme viscéral. La température monta à 38 degrés et le malade succomba à une sorte de cachexie progressive. L'autopsie ne put être faite

Cultures du pus d'un gros abcès et des gommes, furent positives.

Inoculation au cobaye négative.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

(Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1909. *Bulletin*, p. 948.)

Arthrite sporotrichosique du genou

Homme de quarante ans, cuisinier, qui après avoir éprouvé une douleur au genou avec augmentation de volume et amélioré par du sirop de Gibert dut entrer dans un service de chirurgie, où l'on porta le diagnostic « d'abcès froid osseux fermé de l'extrémité supérieure du tibia gauche et de l'hydar-

throse du genou gauche ». Une ponction faite dans l'abcès donna issue à du pus visqueux ; le genou ne fut pas ponctionné. Aucun examen bactériologique ni cytologique ne fut pratiqué.

Un mois après sa sortie de l'hôpital, l'abcès se reforma et les douleurs reparurent. Après application d'une compresse de teinture d'iode, la poche s'ouvrit et se fistulisa ; puis apparurent des gommes sur la face antéro-interne de la cuisse. Alors le malade se décida à rentrer dans le service de M. Guinard à l'Hôtel-Dieu. Il présentait à ce moment sur le membre inférieur gauche :

- 1° Une ulcération ;
- 2° Une hydarthrose ;
- 3° Des gommes de la cuisse.

Hydarthrose. — Le genou dans son ensemble est augmenté de volume. Il est globuleux, les culs-de-sac distendus, les méplats effacés ; la face antérieure apparaît irrégulière, bosselée. Le choc rotulien très net permet d'affirmer la présence d'un épanchement. La pression est douloureuse sur le pourtour des plateaux tibiaux.

La radiographie montre des lésions très nettes siégeant particulièrement sur le *tibia*. La partie antérieure de son extrémité supérieure est plus claire et présente une série de petites aspérités. L'extrémité supérieure du bord interosseux tibial présente un épaississement notable du périoste.

L'état général du malade n'est pas très brillant, le facies est pâle, les membres plutôt grêles. La température qui est de 37 degrés à 37°3 le matin monte autour de 38 degrés le soir. Néanmoins l'auscultation des poumons ne révèle aucun signe de tuberculose. Cultures du pus retiré par ponction du genou furent positives à la température ordinaire.

L'autopsie de deux cobayes inoculés, l'un sous la peau de la cuisse, l'autre dans le péritoine, les montra absolument sains.

L'examen microscopique des colonies montra la présence de filaments et de spores sans aucune association bactérienne. L'examen des frottis fait avec le culot obtenu après centrifugation montre une formule à polynucléaires neutrophiles avec d'assez nombreux macrophages et de nombreux globules rouges. Sporo-agglutination positive à 1/150 au mois de juillet 1909 et encore positive à 1/300 au mois d'octobre.

Réaction de fixation positive. Guérison par l'iodure de potassium.

OBSERVATION XIX (Résumée)

(De Beurmann, Gougerot et Verne. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1909. *Bulletin*, p. 1. 123.)

Ostéo-myélite gommeuse sporotrichosique primitive. — Abscess intra-osseux du tibia

Femme âgée de quarante-six ans vient consulter dans le service de M. de Beurmann à Saint-Louis (hôpital) « parce qu'elle souffre de la jambe gauche depuis un an environ ».

Bonne santé. Rien de particulier dans ses antécédents.

La maladie a débuté par des élancements dans le membre, puis peu de temps après elle s'aperçut peu à peu de l'existence d'une tuméfaction profonde qui était *dans l'os* dit la malade ; « la masse formait un rond avec un bourrelet dur ». Cette tuméfaction, après avoir été dure, est ramollie et suppurée. La palpation décèle un œdème mou qui remonte sur la face interne du *tibia* jusqu'à mi-jambe. Au-dessous de cet œdème on sent

une tuméfaction dure, arrondie, envahissant toute la largeur de la jambe et siégeant à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen du tibia. En déprimant lentement et doucement l'œdème sous-cutané, le doigt sent au centre de la lésion une surface dure, irrégulière, qui est manifestement la surface osseuse hypertrophiée.

La radiographie a permis de déterminer exactement le siège intra-osseux du foyer.

Cultures du pus positives au sixième jour.

Sporo-agglutination positive à 1/200 avec le sérum ; faite avec la sérosité gommeuse elle était de 1/150.

OBSERVATION XX (Résumée)

(Jeanselme et Chevallier. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1910.

Bulletin, p. 784.)

Sporotrichose à foyers multiples

Homme, quarant -six ans, exerçant en dernier lieu la profession de chiffonnier. Quatre mois avant de venir consulter il vit apparaître sur ses membres supérieurs des nodosités sous-cutanées multiples et actuellement les gommes sont très nombreuses sur tout le corps.

Le malade est atteint en même temps d'un *iritis* vraisemblablement de nature sporotrichosique.

On trouve encore à la surface de la diaphyse des os longs des gommes qui y adhèrent et qui semblent naître du périoste. La tubérosité antérieure du *tibia gauche* est doublée d'une exostose saillante et douloureuse. Toute la face interne de cet

os, dans sa moitié supérieure, est irrégulière, mamelonnée et sensible à la pression.

Le malade a subi une amputation un peu au-dessus du tiers moyen de la cuisse pour une *tumeur blanche* dont le développement aurait été singulièrement rapide. A ce moment il n'existait aucune lésion sous-cutanée; ce qui permet de supposer que cette arthrite était l'unique localisation de la sporotrichose.

Le malade porte en outre actuellement des lésions sporotrichosiques sur l'appareil génital. Ce sont d'abord deux nodosités du volume d'un pois, de couleur rose vif, situées sur le gland lui-même. Puis ce qui est plus intéressant c'est que les glandes génitales elles-mêmes sont prises; l'*épididyme*, ainsi que le *testicule*, est bourré de noyaux volumineux et le cordon spermatique de ce côté est induré. Mêmes lésions, moins prononcées toutefois, au niveau de l'épididyme gauche.

Aucune lésion des autres organes internes.

Élévation thermique tous les soirs aux environs de 38 degrés.

Cultures positives à la température ordinaire.

Inoculation au cobaye est négative.

Amélioration rapide par le traitement ioduré porté progressivement à la dose de 9 grammes d'iodure de potassium.

OBSERVATION XXI (Résumé)

(Rochard, Rubens, Duval et Bodolec. — *Gazette des Hôpitaux*, n° 91, 1909.)

Pyélonéphrite sporotrichosique

Malade âgée de vingt-neuf ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 9 octobre, parce qu'elle souffrait du rein droit. Rien

de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Au cours d'une deuxième grossesse, la première ayant été normale, on constate de l'albumine dans les urines et vers le septième mois la malade a une hématurie qui persiste deux jours. A partir de ce moment elle ressent de vives douleurs au côté droit de l'abdomen sans aucune élévation thermique. Accouchement normal à terme le 25 décembre 1905.

Huit jours après sa sortie de l'hôpital un médecin constate des filaments dans les urines. Pas de cystite. Peu de temps après les urines deviennent troubles, puis progressivement purulentes avec des rémissions de deux ou trois jours pendant lesquels les urines émises sont claires. Alors apparaît une tumeur dans la fosse lombaire droite qui grossit peu à peu, gêne la marche et empêche la malade de vaquer à ses occupations. Amaigrissement progressif; toujours pas de fièvre.

A l'examen de la malade, à sa rentrée à l'hôpital, on constate dans la fosse lombaire droite une tumeur volumineuse, faisant saillie dans l'abdomen et dont le pôle inférieur descendant dans la fosse iliaque peut être senti par le toucher vaginal. C'est une tumeur assez régulièrement arrondie, ferme, douloureuse à la pression et ballottante à la palpation. Cette tumeur dépend évidemment du rein droit. La pyurie qui l'accompagne permet de diagnostiquer une pyélonéphrite; mais la pyurie a été tardive et précédée de douleurs et d'hématurie. Ce n'est donc pas une pyélonéphrite ascendante qui eût été précédée de cystite, mais une pyélonéphrite d'ordre général, préparée par la compression de l'uretère à l'occasion d'une grossesse.

Néphrectomie. — A la coupe, le parenchyme rénal est creusé d'un grand nombre de loges pyélorénales remplies de

pus et de calculs. Le pus est grisâtre, visqueux et assez épais. Calculs blancs, grisâtres, irréguliers et s'effritant sous les doigts.

Cultures positives par ensemencement du pus du rein. Six mois plus tard petits abcès hypodermiques de la racine de la cuisse. A ce moment réaction de fixation positive et agglutination au 1/200. Traitement par l'iodure de potassium, disparition au bout d'un mois des deux réactions de fixation et d'agglutination.

CONCLUSIONS

La sporotrichose n'est pas une maladie à déterminations exclusivement cutanées, comme le pouvaient laisser croire les premières observations publiées.

Des faits cliniques rigoureusement établis montrent qu'elle peut être encore musculaire, osseuse, testiculaire, rénale, oculaire...

Le plus souvent de telles localisations sont associées et même consécutives à des gommes cutanées. Quelquefois pourtant, on a vu un muscle, un os, un viscère être atteint d'une façon primitive.

Ces localisations extra-tégumentaires évoluent comme les gommes de la peau, d'une façon insidieuse, lente, chronique. Aussi leur diagnostic est-il à discuter avec celui de toutes les autres suppurations froides, ainsi surtout la tuberculose et la syphilis.

Ce diagnostic est à l'ordinaire facilité par la coexistence de déterminations superficielles et multiples de l'infection mycosique.

En l'absence de celles-ci, les difficultés cliniques sont très grandes, et les recherches de laboratoire (cultures, inoculation, réaction d'agglutination,

réaction de fixation) pourront seules fournir une absolue certitude.

La thérapeutique de ces formes anatomiques de la sporotrichose ne sera qu'exceptionnellement chirurgicale. La médication iodurée a une action curatrice régulièrement constante et représente le procédé de choix de traitement.

Vu : le Président de la thèse,
GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BEURMANN (de) et RAMOND. — *Abcès sous-cutanés d'origine mycosique* (*Ann. de Dermat. et Syphil.*, 1903, p. 678).
- BRISSAUD et RATHERY. — *Sporotrichose intra-musculaire*. Congr. franç. de Méd. à Paris, 1907, p. 315.
- MONIER-VINARD et LESNÉ. — *Sporotrichose disséminée à foyers multiples et sporotrichose musculaire*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 15 mars 1907.
- BEURMANN (de), BRODIER et GASTOU. — *Sporotrichose gommeuse disséminée avec lésion laryngée*. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1907 (*Bull.*, p. 1060).
- MONIER-VINARD. — *Sporotrichose disséminée hypodermique, dermique, épidermique. Orchite sporotrichosique*. (Recueillie dans le service du prof. Gaucher.) Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 26 avril 1907.
- MASSARY (de), DOURY et MONIER-VINARD. — *Gomme sporotrichosique du triceps brachial et osseux*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1907, p. 1526.
- DRUELLE et CHADZYNSKI. — *Sporotrichose à types multiples avec localisation périostée* (*Bull de Dermat et Syphil.*, 1908, p. 213).
- JOSSET-MOURE. — *Sporotrichose du tibia ayant simulé une ostéomyélite chronique*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1908, p. 738.
- WIDAL et WEILL (A). — *Sporotrichose disséminée, gommes hypodermique, intra-musculaire et sous-périostée tibiale*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, juin 1908, p. 905.

- SICARD, BITH et GOLGEROT. — *Sporotrichose osseuse du tibia*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1908, p. 877.
- HUDELO et MONIER-VINARD, BRAUN et MERLE. — *Sporotrichose musculaire*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, juin 1908, p. 915.
- HUDELO et MONIER-VINARD. — *Gomme sporotrichosique du long supinateur* (Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1908, p. 920).
- FAGE. — *Gomme sporotrichosique périostée avec périostose du tibia* (Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1908, p. 879).
- THIBIERGE et GASTINEL. — *Sporotrichose du tibia*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1909 (Bull., p. 539, obs. III).
- BONNET. — *Sporotrichose à localisations osseuse et musculaire* (Soc. de Chirurgie de Lyon, in *Lyon médical*, séance du 4 février 1909, p. 663).
- MARIE (Pierre) et GOUGEROT. — *Ostéite sporotrichosique hypertrophiante primitive du tibia*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1909, p. 994.
- LAGOUTTE (Maurice) et BRIAU. — *Sporotrichoses polymorphes avec gommes sous-cutanées et avec localisations ostéo-articulaires, épидidymaires et oculaires*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1909 (Bull., p. 1046).
- MOURE. — *Arthrite sporotrichosique du genou*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1909 (Bull., p. 948).
- BEURMANN (de), GOUGEROT et VERNE. — *Ostéomyélite gommeuse sporotrichosique primitive. Absès intra-osseux du tibia*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1909 (Bull., p. 1123).
- JÉANSELME et CHEVALLIER. — *Sporotrichose à foyers multiples*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1910 (Bull., p. 784).
- ROCHARD, RUBENS, DUVAL et BODOLEC. — *Pyélonéphrite sporotrichosique* (Gazette des Hôpitaux, 1909, n° 91).

